

# 「指定通所介護」重要事項説明書

～ほほえみデイサービス～

当事業者は介護保険の指定を受けています。  
通所介護（兵庫県指定 第 2871601023 号）

当事業所は利用者様に対して通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

## 1. 事業者

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 千鳥会              |
| (2) 法人所在地 | 兵庫県淡路市大町畑字丈尺 5 9 7 番地 4 |
| (3) 電話番号  | (0 7 9 9) 6 2—5 1 0 0   |
| (4) 代表者氏名 | 吉村 秀樹                   |
| (5) 設立年月日 | 平成 4 年 4 月 1 日          |

## 2. 事業所の概要

- |              |                        |      |
|--------------|------------------------|------|
| (1) 建物の構造    | 鉄筋コンクリート造              | 3 階建 |
| (2) 建物の延べ床面積 | 3199.15 m <sup>2</sup> |      |
| (3) 施設の周辺環境  |                        |      |

淡路島は古くから風光明媚な海と山に囲まれ、万葉の時代にはその美しさが詩歌にも歌われたほどです。また、淡路島の北東部に位置し、大阪湾に面し、温暖な気候で、夏の海水浴はもちろんのこと、四季を通じて花の美しさを実感できる場所にあり  
ます。

## 事業所の説明

### (1) 事業所の種類

指定通所介護事業所・平成 24 年 2 月 1 日  
指定兵庫県 2871601023 号

※当事業所は、地域密着型特別養護老人ホームほほえみに  
併設されています。

### (2) 事業所の名称 千鳥会デイサービスセンターほほえみ

### (3) 事業所の所在地 兵庫県淡路市久留麻 28-41

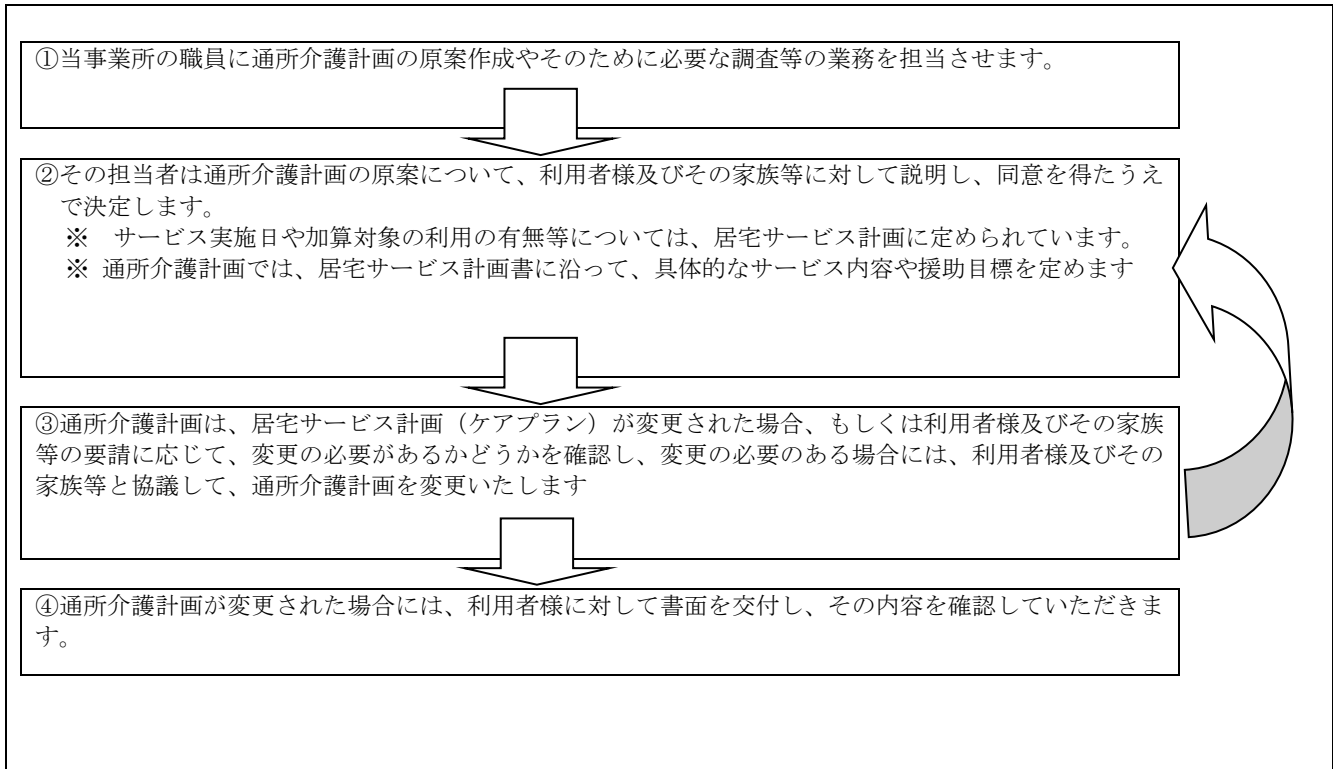
交通機関 東浦インターから車で約 5 分  
高速バス乗り場「東浦バスターミナル」から徒歩 10 分  
淡路交通「東浦総合事務所前」から徒歩 5 分



### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

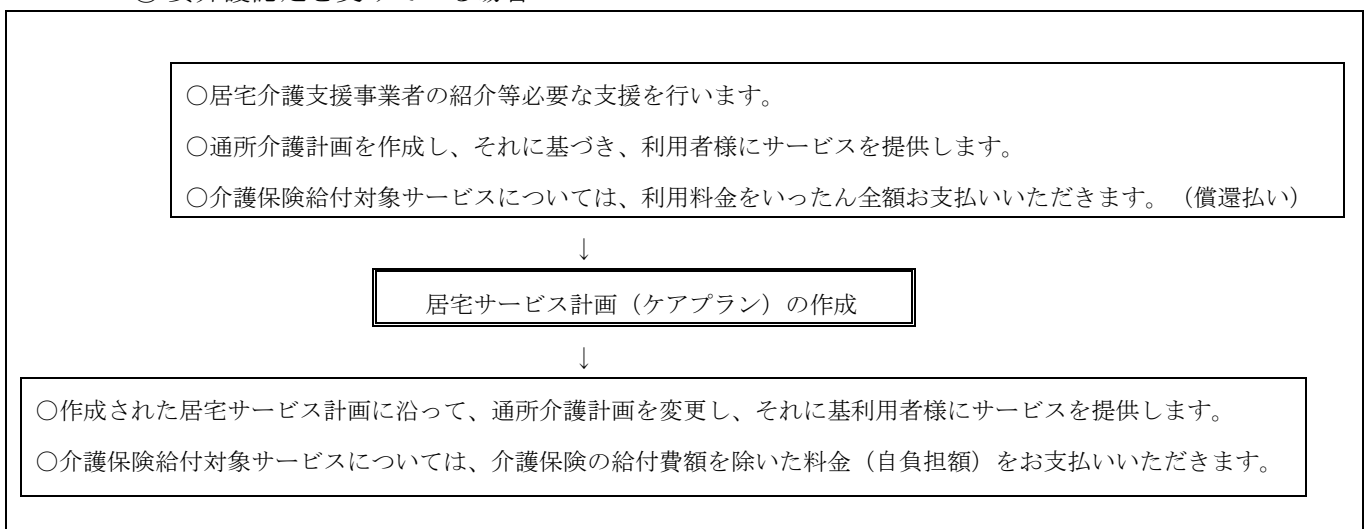
- (1) 利用者様に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画（以下、「通所介護計画」という。）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第3条参照）

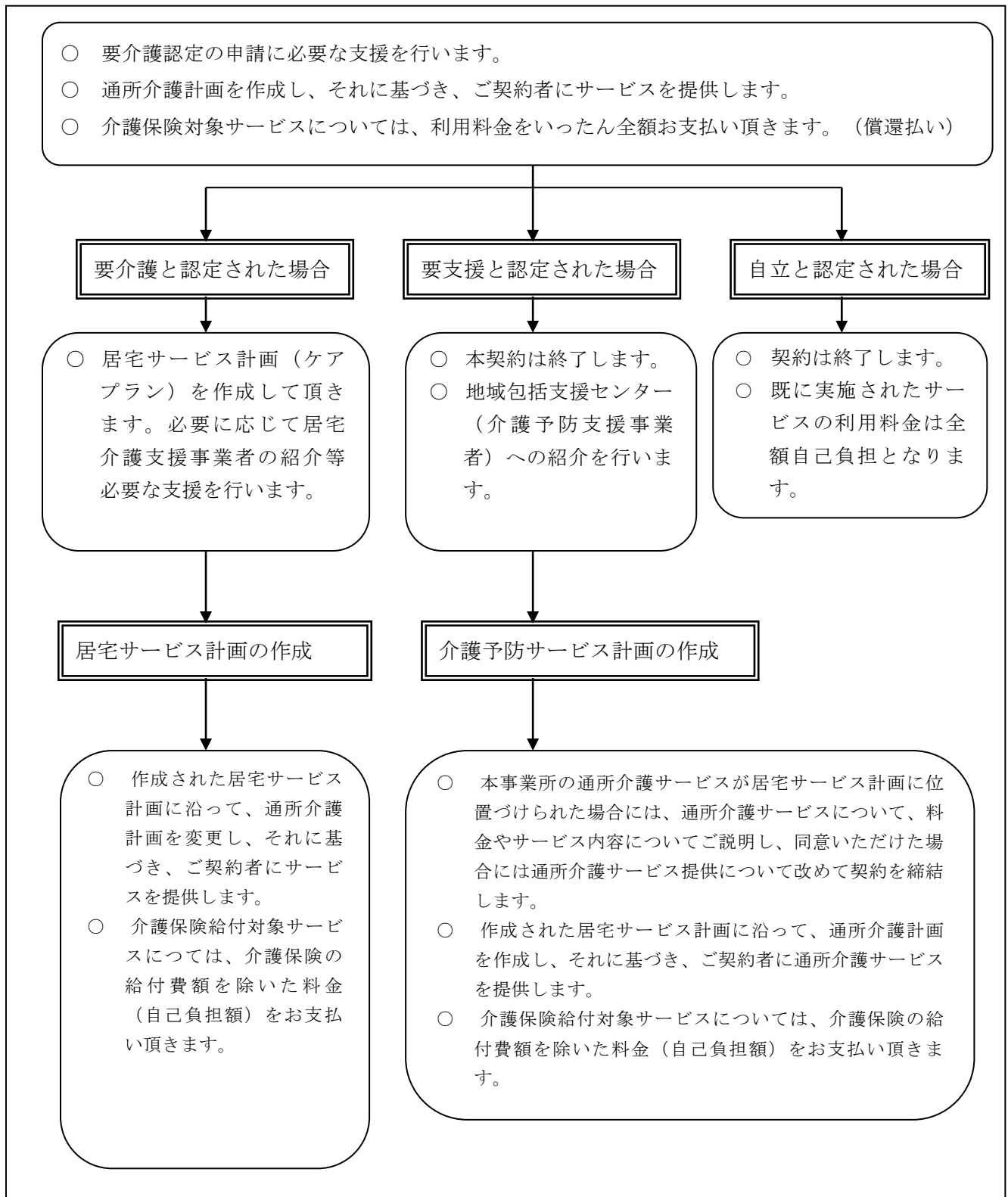


- (2) 利用者様に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

#### ① 要介護認定を受けている場合



②要介護認定を受けていない場合



#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、利用者様に対して通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

##### 〈主な職員の配置状況〉

○ 通所介護

職種	通所介護	
	配置人員	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	2名(1名兼務)	1名
3. 看護師	2名	1名
4. 介護職員	5名以上	5名
5. 機能訓練指導員	1名	1名

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

##### 〈主な職種の勤務時間〉

職種	通所介護
1. 生活相談員	8：30～17：30
2. 看護師	8：30～17：30
3. 介護職員	8：30～17：30 ☆原則として職員1名あたり 利用者5名のお世話をいたします。
4. 機能訓練指導員	8：30～15：00

## 〈配置職員の職種〉

生活相談員	・・・常に利用者様の心身状況その置かれている環境等の把握に努め、利用者様または家族様の日常生活上の相談に応じます。
看護師	・・・主に利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
介護職員	・・・利用者様の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
機能訓練指導員	・・・利用者様の機能訓練を担当します。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者様に対して以下のサービスを提供します。

### 通所介護サービス

また、それぞれのサービスについて

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額を利用者様に負担いただく場合

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。  
☆加算対象サービスについては利用者様ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や、実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と用者で協議したうえで通所介護計画に定めます。

### (i) 〈サービスの概要〉

☆共通的服务

#### ① 食事の介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者様の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 昼食 12：00

#### ② 入浴

- ・利用者様の心身の状況に応じて、入浴又は清拭を行います。寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

### ③ 排泄

- ・利用者様の自立に向けた排泄の介助を行います。

### ④ 送迎サービス

- ・ご家族の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。但し、通常の事業実施・地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

### ⑤ 健康管理

- ・併設事業所の看護職員（地域密着型特養）が、バイタル等の健康管理を行います。
- ・緊急を要する場合には、救急要請し協力病院へ搬送を行う。

## ☆加算対象サービス

以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、負担割合に応じて1割・2割・3割を追加料金としてご負担いただきます。

### ① 個別機能訓練加算（Ⅰ）

- ・機能訓練指導員等により、利用者様の心身等の状況に応じて、個別機能訓練計画を作成し、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

### ② 個別機能訓練加算（Ⅱ）

- ・専従の個別訓練指導員等を配置し、利用者様の心身等の状態に応じて、複数の個別機能訓練を作成し、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を、グループに分かれて活動の実施をします。

### ③ 栄養改善

- ・管理栄養士等により、利用者様の栄養状態、摂食・嚥下機能の状態等に応じて、栄養ケア計画を作成し、栄養状態を改善するためのサービスを実施します。
- ・月2回管理栄養士等が栄養改善サービスを提供した際に料金をいただきますが、それ以外の来所日も、栄養、摂食や嚥下に配慮した食事介助等を行います。また、3ヶ月を限度として実施しますが、所定の栄養状態の改善がない場合には、さらに継続してサービスを受けることができます。

### ④ 中重度者ケア体制加算

- ・中重度の要介護者が社会性の維持を図り在宅生活の継続を目指したケアを計画的に実施できる体制を整えている場合に算定します。

### ⑤ サービス提供体制強化加算

- ・厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定通所介護事業所が、利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。サービス提供体制強化加算Ⅲは、介護福祉士40%以上配置もしくは勤続年数7年以上の介護職員が30%以上配置している場合に算定します。

### ⑥ 介護職員処遇改善加算

- ・介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。これらの加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

⑦ 科学的介護推進体制加

- ・利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、LIFE を用いて厚生労働省に提出していること。必要に応じて通所介護計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

( i i ) 〈サービス利用料金 (1 日あたり)〉 (契約書第 8 条参照)

利用者様の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額 (自己負担額) をお支払い下さい。 (サービスの利用料金は、利用者様の要介護度によって異なります。) 《表一 1 参照》

- ① 要介護度別の自己負担金額に利用された各種加算金額を足したものが 1 回当たりの利用者様の負担金額になります。
- ② 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者様の負担額を変更します。
- ③ 利用者様に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については《表一 1》と異なることがあります。



## ○通所介護基本

《表—1》

## 1 割負担の場合

(単位円)

要介護度	ご利用時間	①サービス 利用時間	②うち、介護保険 から給付される金額	③自己負担 ①-②
要介護1	3時間以上 4時間未満	3700	3330	370
	4時間以上 5時間未満	3880	3492	388
	5時間以上 6時間未満	5700	5130	570
	6時間以上 7時間未満	5840	5256	584
	7時間以上 8時間未満	6580	5922	658
要介護2	3時間以上 4時間未満	4230	3807	423
	4時間以上 5時間未満	4440	3996	444
	5時間以上 6時間未満	6730	6057	673
	6時間以上 7時間未満	6890	6201	689
	7時間以上 8時間未満	7770	6993	777
要介護3	3時間以上 4時間未満	4790	4311	479
	4時間以上 5時間未満	5020	4518	502
	5時間以上 6時間未満	7770	6993	777
	6時間以上 7時間未満	7960	7164	796
	7時間以上 8時間未満	9000	8100	900
要介護4	3時間以上 4時間未満	5330	4797	533
	4時間以上 5時間未満	5600	5040	560
	5時間以上 6時間未満	8800	7920	880
	6時間以上 7時間未満	9010	8109	901
	7時間以上 8時間未満	10230	9207	1023
要介護5	3時間以上 4時間未満	5880	5292	588
	4時間以上 5時間未満	6170	5553	617
	5時間以上 6時間未満	9840	8856	984
	6時間以上 7時間未満	10080	9072	1008
	7時間以上 8時間未満	11480	10332	1148

○介護従事者の専門性のキャリアに着目した評価加算

サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護福祉士 40%以上配置もしくは勤続年数7年以上の介護職員 30%以上配置	6
---------------	--	---

○（日額）加算金額 以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

名称	①サービス利用料金	②うち、介護保険から給付される金額	③自己負担 ①-②
入浴介助加算（Ⅰ） 現行の入浴	400	360	40
入浴介助加算（Ⅱ） 個別の入浴計画必要	550	495	55
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 但し機能訓練を受けられた場合	560	504	56
中重度者ケア体制加算	450	405	45
科学的介護推進体制加算 1回/月	400	360	40

※算定要件を満たした場合に限ります

○（月額）加算金額

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	[介護報酬（自己負担）の合計+日額加算]×9.0% (1円未満四捨五入)
--------------	---

## 2割負担の場合

(単位円)

要介護度	ご利用時間	①サービス 利用時間	②うち、介護保険 から給付される金額	③自己負担 ①-②
要介護1	3時間以上 4時間未満	3700	2960	740
	4時間以上 5時間未満	3880	3384	776
	5時間以上 6時間未満	5700	3832	1140
	6時間以上 7時間未満	5840	4264	1168
	7時間以上 8時間未満	6580	4704	1176
要介護2	3時間以上 4時間未満	4230	3104	846
	4時間以上 5時間未満	4440	3552	888
	5時間以上 6時間未満	6730	4016	1346
	6時間以上 7時間未満	6890	4480	1378
	7時間以上 8時間未満	7770	4936	1554
要介護3	3時間以上 4時間未満	4790	4560	958
	4時間以上 5時間未満	5020	5384	1004
	5時間以上 6時間未満	7770	6216	1554
	6時間以上 7時間未満	7960	7040	1592
	7時間以上 8時間未満	9000	7872	1800
要介護4	3時間以上 4時間未満	5330	4672	1066
	4時間以上 5時間未満	5600	5512	1120
	5時間以上 6時間未満	8800	6368	1760
	6時間以上 7時間未満	9010	7208	1802
	7時間以上 8時間未満	10230	8064	2046
要介護5	3時間以上 4時間未満	5880	5264	1176
	4時間以上 5時間未満	6170	6216	1234
	5時間以上 6時間未満	9840	7200	1968
	6時間以上 7時間未満	10080	8184	2016
	7時間以上 8時間未満	11480	9184	2296

○介護従事者の専門性のキャリアに着目した評価加算

サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護福祉士 40%以上配置もしくは勤続年数 7年以上の介護職員 30%以上配置	12
---------------	--	----

○（日額）加算金額 以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

名称	①サービス利用 料金	②うち、介護保険から 給付される金額	③自己負担 ①-②
入浴介助加算（Ⅰ） 現行の入浴	400	320	80
入浴介助加算（Ⅱ） 個別の入浴計画必要	550	440	110
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 但し機能訓練を受けられた場合	560	448	112
中重度者ケア体制加算	450	360	90
科学的介護推進体制加算 1回/月	400	320	80

※算定要件を満たした場合に限ります

○（月額）加算金額

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	[介護報酬（自己負担）の合計＋日額加算]×9.0% (1円未満四捨五入)
--------------	---

## 3割負担の場合

(単位円)

要介護度	ご利用時間	①サービス 利用時間	②うち、介護保険 から給付される金額	③自己負担 ①-②
要介護1	3時間以上 4時間未満	3700	2590	1110
	4時間以上 5時間未満	3880	2961	1164
	5時間以上 6時間未満	5700	3353	1710
	6時間以上 7時間未満	5840	3731	1752
	7時間以上 8時間未満	6580	4116	1974
要介護2	3時間以上 4時間未満	4230	2716	1269
	4時間以上 5時間未満	4440	3108	1332
	5時間以上 6時間未満	6730	3514	2019
	6時間以上 7時間未満	6890	3920	2067
	7時間以上 8時間未満	7770	4319	2331
要介護3	3時間以上 4時間未満	4790	3990	1437
	4時間以上 5時間未満	5020	4711	1506
	5時間以上 6時間未満	7770	5439	2331
	6時間以上 7時間未満	7960	6400	2388
	7時間以上 8時間未満	9000	6888	2700
要介護4	3時間以上 4時間未満	5330	4088	1599
	4時間以上 5時間未満	5600	4823	1680
	5時間以上 6時間未満	8800	5572	2640
	6時間以上 7時間未満	9010	6307	2703
	7時間以上 8時間未満	10230	7056	3069
要介護5	3時間以上 4時間未満	5880	4606	1764
	4時間以上 5時間未満	6170	5439	1851
	5時間以上 6時間未満	9840	6300	2952
	6時間以上 7時間未満	10080	7161	3024
	7時間以上 8時間未満	11480	8036	3444

○介護従事者の専門性のキャリアに着目した評価加算

サービス提供体制強化加算Ⅲ	介護福祉士 40%以上配置もしくは勤続年数 7年以上の職員を 30%以上配置	18
---------------	---	----

○（日額）加算金額 以下のサービスを利用される場合には、それぞれ料金が上記に加算されます。

名称	①サービス利用 料金	②うち、介護保険から 給付される金額	③自己負担 ①-②
入浴介助加算（Ⅰ） 現行の入浴	400	280	120
入浴介助加算（Ⅱ） 個別の入浴計画必要	550	385	165
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 但し機能訓練を受けられた場合	560	392	168
中重度者ケア体制加算	450	315	135
科学的介護推進体制加算 1回/月	400	280	120

※算定要件を満たした場合に限ります

○（月額）加算金額

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	[介護報酬（自己負担）の合計+日額加算]×9.0% (1円未満四捨五入)
--------------	---

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者様の負担となります。

(i) 〈サービスの概要と利用料金〉

① 介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合には、前記 5 (1) (i i) のサービス利用料金表に定められた「サービス利用料金」欄の全額（自己負担額ではありません。）が必要となります。

② 複写物の交付

利用者様が、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費相当分を負担いただきます。

1枚につき 10円（但し、A3は20円）

### ③ 食費

料金：1食あたり 650円（おやつ代含む）

### ④ 通常の事業実施区域外への送迎

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、送迎加算の上、通常の事業実施地域を越えた部分について実費相当額として下記の料金をいただきます。

440円+1kmごとに100円（片道）

### ⑤ レクリエーション活動

利用者様の希望によりレクリエーション活動に参加していただくことができます。ほとんどのものについては無料ですが、制作物の材料代などにつきましては実費を負担いただきます。

### ⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活上の購入代金等利用者様の日常生活に要する費用で、利用者様に負担していただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代（実費相当額）

※ 介護保険の給付対象とならないサービスに係わる利用料金については、経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前（1ヶ月前）に変更の内容と事由についてご説明します。

## （3） 利用料金のお支払方法（契約書第8条参照）

上記（1）（2）の料金・費用は1ヶ月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

### ① 利用者・家族の指定口座から自動引き落とし。（手数料は事業所負担）

取扱い銀行「淡路信用金庫」「淡陽信用組合」「JA淡路日の出」

### ② 下記指定口座へ振り込み（手数料は利用者負担）

○淡路信用金庫（1691） 仮屋支店（005）

口座番号 0295067

口座名義 社会福祉法人 千鳥会

### ③ 施設窓口又は、利用時に現金払い

#### (4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第9条参照)

- 利用予定日の前に、利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前々日までに事業者申し出て下さい。
- 利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な理由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前々日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出があった場合	当日利用料金の50%
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の全額

- 介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の50%もしくは全額となります。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

### 6. サービスの利用に関する留意事項

#### (1) 持ち込みの制限

利用にあたり、身の回りの品以外は原則として持ち込むことができません。

#### (2) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### 7. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、利用者様やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

### 8. 虐待の防止について

事業所において、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- ・研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けた



と思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

- ・従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 9. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画を作成し、年に1回以上、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

### 10. サービス提供における事業者の義務（契約書第11条、第12条参照）

事業所は、利用者様に対してサービスを提供するにあたって、利用者様の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第11条、第12条に規定される義務を負います。事業所では、利用者様に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①利用者様の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②利用者様の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、利用者様から聴取、確認します。
- ③利用者様に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、利用者様の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
ただし、コピー代は有料となります。
- ④利用者様に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、利用者様または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑤利用者様へのサービス提供時において、利用者様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥事業者及びサービス従事者は、個人情報の保護に関する法律並びに「個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)」に基づき、サービスを提供するにあたって知り得た利用者様またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません(守秘義務)。また、利用目的を明確にし、取り扱うものとします。

## 11. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者	[氏名] 橋口 よしみ [職名] 生活相談員 受付時間 8:30～17:30 月～金
○第三者委員名	[氏名] 川端 英樹 [職名] 評議員 連絡先 TEL (0799) 62-3206 受付時間 9:00～17:00 月～金
○第三者委員名	[氏名] 仲野 和美 [職名] 評議員 連絡先 TEL (0799) 62-0055 受付時間 9:00～17:00 月～金
○苦情解決責任者	[氏名] 池田 英生 [職名] 施設長

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付ける事が出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

○国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 9:00～17:15 月～金
○淡路市役所健康福祉部 長寿介護課介護保険係	所在地 淡路市生穂新島8番地 電話番号 (0799) 64-0001 FAX番号 (0799) 64-2529 受付時間 9:00～17:00 月～金

## 1 2. 身元引受人について

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。

身元引受人の主な責任は以下の通りです。

なお、身元引受人は、民法（債権法）に定める保証人としての責務を負います。

(1) 重要事項説明者各条項のほか、以下の各項目に従い責務を保証していただきます。

- ① 保証人は本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。
- ② 前項の保証人の極度額は、通所介護（デイサービス）30万円を限度とします。
- ③ 保証人の請求があった場合には、事業者は保証人に対し、遅延なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額などに関する情報提供をしなければならない。

(2) 入院等に関する業務手続き費用を負担していただきます。

(3) 契約終了後のご契約書受け入れ先の確保を行って頂きます。

\*身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、新たな身元引受人を立てて頂きます。

## 1 3. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる場合には、ご利用者（ご家族）にその内容を文書で通知し、口頭で説明および同意を得るものとします。都度ご報告させていただきます。

## 1 4. 事業所の運営において、暴力団の支配をうけません。

西暦 年 月 日

通所介護サービスの提供に際し、本書面に基づき本重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行い、交付しました。

兵庫県淡路市久留麻 28 番地 41

事業者 社会福祉法人 千鳥会 千鳥会デイサービスセンター ほほえみ  
説明者職名 生活相談員 氏名 橋口 よしみ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者の意思確認 ○ 有 ○ 無

契約者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、通所介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

『身元引受人（1）』（署名代行者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(契約者との関係 )

『身元引受人（2）』

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(契約者との続柄 )

